

Bibliografía comentada

Enrique Limón Cáceres

Profesor asociado de la Escuela de Enfermería.
Universidad de Barcelona

Rezende LT, Cuppari L, Carvalho AB, Canziani ME, Manfredi SR, Cendoroglo M, Sigulem DM, Draibe SA. *Nutritional status of hemodialysis patients with secondary hyperparathyroidism*. *Braz J Med Biol Res* 2000 Nov; 33 (11):1305-1311.

(1.3 frente a 0.9 g/kg; $P = 0.08$). No se encontraron diferencias entre los grupos en el índice bioquímico estudiado salvo en el nitrógeno de urea de sangre (86.4 frente a 75.7 mg/dl), la fosfatasa alcalina (175 frente a 65 U/l) y HPT (898 frente a 155 pg/ml). Se pudo apreciar una correlación directa entre la HPT con la proporción de catabolismo proteico ($r = 0.61$; el $P < 0.05$) y esta relacionada con el tiempo de diálisis ($r=0.53$; el $P<0.05$) sólo en el grupo del hiperparatiroidismo. Considerando los índices utilizados no se podría demostrar el efecto de la HPT en el estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis pero sin embargo las pruebas indirectas hacen pensar en una acción de la HPT en el metabolismo de las proteínas.

PALABRAS CLAVE: **HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO. ESTADO NUTRITIVO.**

No se han establecido bien las repercusiones de la relación entre el hiperparatiroidismo secundario con el estado nutricional de los pacientes con fracaso renal crónico. El objetivo de este estudio era comparar los índices nutricionales de estos pacientes en hemodiálisis con y sin el hiperparatiroidismo secundario. Se tomaron dos grupos: una muestra de dieciséis pacientes en hemodiálisis con un nivel superior a 420 pg/ml de la hormona paratiroidea (HPT) y otro grupo de 16 pacientes con un nivel de la hormona paratiroidea (HPT) entre 64 y 290 pg/ml, se utilizó como variables el género, edad y tiempo de tratamiento en diálisis. Se evaluaron los siguientes parámetros: el índice antropométrico (índice de masa del cuerpo, espesor del pliegue cutáneo, circunferencia del músculo y grasa del cuerpo), la ingesta diaria de comida (cuatro veces al día), la proporción del catabolismo proteico, el índice bioquímico (nitrógeno de urea en sangre, creatinina, albúmina, el calcio ionizado, fósforo inorgánico, HPT, Ph y $HC03$) y la eficacia de la diálisis. Los investigadores no observaron diferencias destacables en los índices antropométricos entre los dos grupos. Sólo la absorción del calcio era significativamente diferente (307.9 mg/día para el grupo de pacientes con hiperparatiroidismo frente a 475.8 mg/día del grupo control). La proporción del catabolismo proteico tendió a ser superior en el grupo con hiperparatiroidismo comparado con el grupo control

Dimkovic N., Oreopoulos DG. *Chronic peritoneal dialysis in the elderly: a review*. *Perit Dial Int* 2000 May-Jun;20(3):276-83

PALABRAS CLAVE: **DIÁLISIS PERITONEAL. PERSONAS MAYORES.**

Son múltiples los artículos que surgen en defensa de una u otra forma de diálisis, este es el caso del artículo descrito en estas líneas. En este caso se centra en la elección más adecuada del tipo de tratamiento entre las personas mayores. Durante las últimas décadas la forma de abordar la fase final de la enfermedad renal ha cambiado significativamente. El aumento de la población que padece estos problemas hace que haya aumentado la heterogeneidad de la misma y en concreto en esta población se caracteriza por un declive fisiológico del funcionamiento de todos los órganos. El personal de las unidades de nefrología debe contemplar las necesidades especiales de estos pacientes individualmente cuando entran en esta fase final de la enfermedad renal. Antes de la iniciación de la diálisis, estos pacientes deben tener una información detallada que les ayude a seleccionar el modo particular que les ayudará a aumentar al má-

ximo su calidad de vida. Los autores afirman que según los datos disponibles, la diálisis peritoneal ofrece algunas ventajas suplementarias, para los pacientes mayores, como son: la estabilidad hemodinámica, el sostener durante más tiempo el estado metabólico, control de la hipertensión y una gran independencia del hospital. Los autores afirman que la elección temprana del acceso peritoneal minimiza las consecuencias derivadas de la uremia y las hospitalizaciones frecuentes. La mayoría de los pacientes son colaboradores y con un alto grado de motivación para cooperar con su tratamiento. En este grupo no se encuentra ninguna complicación que destaque frente a las que podríamos encontrar en los pacientes más jóvenes y su calidad de vida puede llegar a ser muy satisfactoria. Aunque la mayoría tiene condiciones físicas que pueden interferir con la actuación misma de la diálisis, como pueden ser problemas en la visión o una actividad física y mental reducida, pueden realizar la diálisis peritoneal con éxito si tienen un buen apoyo familiar, o si tienen el acceso a una red socio sanitaria adecuada (asistencia domiciliaria, rehabilitación y unidades de cuidados a los pacientes en diálisis).

Kumar VA, Craig M, Depner TA, Yeun JY. *A new approach to renal replacement for acute renal failure in the intensive care unit.* Am J Kidney Dis 2000 Aug; 36 (2): 294-300.

PALABRAS CLAVE: **HEMOFILTRACIÓN CONTINUA ARTERIOVENOSA (CAVH).
FRACASO RENAL AGUDO (FRA).
EXTENDED DAILY DIALYSIS (EDD)**

La Hemofiltración Continua Arteriovenosa (CAVH) es una forma eficaz de terapia para el fracaso renal agudo

(FRA) ofreciendo una estabilidad hemodinámica mayor y una buena regulación del volumen frente a los problemas que puede ocasionar la hemodiálisis convencional. Sin embargo, la aplicación de CAVH en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tiene varias desventajas ya que requiere un acceso arteriovenoso, mantener una presión sanguínea constante en el circuito del CAVH, anticoagulación continua, inmovilidad del paciente, y aumento del gasto. Los autores describen un nuevo acercamiento al tratamiento del FRA en la UCI que denominan "Extended Daily Diálisis (EDD)". En este estudio, la EDD se comparó con la CAVH en 42 pacientes: se trataron 25 pacientes con EDD para un total de 367 días de tratamiento, y se trataron 17 pacientes con CAVH para un total de 113 días. El tiempo del tratamiento medio por día era 7.5 horas para EDD (el rango, 6 a 8 horas, 25 a 75 percentil) frente a 19.5 horas para la CAVH (el rango, 13.4 a 24 horas; el $P < 0.001$). Los problemas de hipotensión arterial no diferían significativamente para pacientes tratados con EDD cuando había un proceso de prediálisis moderado (70 frente a 67 mm. Hg para CAVH; el $P = 0.078$), a mitad del tratamiento (70 frente a 68 mm, Hg para CAVH; el $P = 0.083$), o al final del tratamiento (71 frente a 69 mm. Hg para CAVH; el $P = 0.07$). La filtración diaria neta era similar para las dos modalidades del tratamiento (EDD, 3,000 mL/d; el rango, 1,763 a 4,445 mL/d; CAVH, 3,028 mL/d; el rango, 1,785 a 4,707 mL/d; el $P = 0.514$). Los requisitos de anticoagulación eran significativamente menores para los pacientes tratados con EDD (la dosis media de heparina era 4,000 U/d; el rango, 0 a 5,800 U/d frente a 21,100 U/d; el rango, 8,825 a 31,275 U/d para pacientes tratados con CAVH; el $P < 0.001$). Los autores encontraron que la EDD eliminó la necesidad de una vigilancia constante de la máquina de diálisis por la enfermera de la unidad, permitiéndole manejar más de un tratamiento. En conjunto, la EDD se toleró bien por la mayoría de pacientes, ofreció muchos de los beneficios que proporciona la CAVH, y era técnicamente más fácil realizar.